

послеоперационных осложнений в хирургических стационарах тромбоз глубоких вен (ТГВ) и тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) остаются доминирующими и одними из основных причин летальных исходов. Летальность вследствие ТЭЛА после общехирургических операций составляет 5% наблюдений и 23,7% - после ортопедических операций. Статистические данные учитывают в основном массивную легочную эмболию, которая приводит к летальному исходу.

Цель. Определить критерии ультразвуковых структурно-функциональных характеристик эмбологенности послеоперационного венозного тромба и разработать тактические подходы к оперативному лечению эмбологенного послеоперационного венозного тромба.

Материал и методы. В работу включены результаты обследования и лечения 624 пациентов, находившихся на стационарном лечении в хирургических отделениях КЗ ТОР «ТУЛ» с 2011 по 2014 гг. У 149 (23,87 %) пациентов течение послеоперационного периода осложнилось тромбозом в системе НПВ, из которых тромбоз глубоких вен (ГТ) диагностирован в 114 (76,51 %) наблюдениях, варикотромбофлебит (ВТФ) — у 35 (23,48 %) пациентов.

Из всей совокупности ГТ в 35 наблюдениях диагностирована флотация верхушки тромба, а в 19 — эмболоопасный окклюзионный тромб. Все 54 (48,2 %) пациента оперированы по ургентным показаниям. Из 35 пациентов с послеоперационным варикотромбофлебитом оперировано 5 по неотложным показаниям.

Результаты и обсуждение. Двум пациентам с илиофemorальной локализацией тромботического процесса, флотирующая верхушка которого распространялась в инфраренальный сегмент нижней полой вены (длина флотирующей верхушки достигала 12 см), тромбэктомия из НПВ с последующим проведением неполной аппаратной кавапекции ниже ренальных вен аппаратом «УКБ 15-1» проводили с параректального лапаротомного доступа. Вторым этапом оперативного лечения было проведение доступа к сосудистому пучку на бедре пораженной тромботическим процессом нижней конечности, из которого проводили катетерную тромбэктомию из илиофemorального сегмента с использованием колец Vollmar.

У пациентов с илиофemorальным тромбозом и флотацией его верхушки на уровне общей подвздошной вены (ОПВ) (5 наблюдений) и в 2 случаях при наличии эмболоопасного гетерогенного дистального сегмента флеботромбоза на уровне ОПВ оперативное лечение начинали с проведения лапароскопической неполной аппаратной кавапекции с использованием эндоскопического степплера, с кассеты которого удаляли часть скоб, формируя таким образом промежутки между ними в 5-6 мм. Далее трехкатетерным методом проводили тромбэктомию с илиофemorального сегмента, используя доступ к сосудистым пучкам обеих нижних конечностей. Трехкатетерный метод тромбэктомии проводили с использованием баллонного катетера с кольцом Vollmar. 15 пациентам с илиофemorальной локализацией тромба и флотацией верхушки на уровне внеш-

ней подвздошной вены (ВПВ) (9 наблюдений) и эмболоопасным окклюзионным тромбом ВПВ (6 наблюдений) проводили тромбэктомию с бедренного доступа двухкатетерным методом, используя баллонный катетер с кольцом Vollmar. При локализации флотирующего тромба на уровне общей бедренной вены (ОБВ) (14 наблюдений), а также при наличии эмболоопасного окклюзионного тромба на уровне ОБВ (7 наблюдений) проводили удаление тромба из ОБВ, а также из кровоприносящих вен. При невозможности провести последнюю манипуляцию проводили перевязку БВ в месте впадения глубокой вены бедра. Пациентам с флотирующим тромбом (7 наблюдений) и эмболоопасным (3 наблюдения) тромбозом БВ провели перевязку последней ниже впадения глубокой вены бедра в ОБВ.

Выводы. Активная хирургическая тактика дала возможность предупредить развитие ТЭЛА у 149 пациентов с послеоперационным тромбозом в бассейне НПВ.

*Вереветинов А.Н., Тарасюк Е.С.,
Сахарюк А.П., Шимко В.В., Емец А.Н.*

СПОСОБ ПОИСКА АСИМПТОМНОГО ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЗА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

*Амурская государственная медицинская
академия Минздрава России,
г. Благовещенск, Российская Федерация*

Актуальность. Асимптомный венозный тромбоз, выявляемый методами радиометрии с фибриногеном, меченым I²⁵ I, и флебографии, диагностируется при инфаркте миокарда у 5-20% пациентов, инсульте головного мозга — у 60-70%, заболеваниях внутренних органов — у 10-15%, после ортопедических операций — у 50-75%, простатэктомии — у 40%, в абдоминальной и торакальной хирургии — у 29-30% пациентов. При этом, существующие приказы и рекомендации Минздрава РФ не регламентируют выполнение обязательной диагностики асимптомного венозного тромбоза: Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 9 июня 2003 г. №233 отраслевой стандарт «Протокол ведения пациентов. Профилактика тромбоэмболии легочной артерии при хирургических и иных инвазивных вмешательствах». (ОСТ 91500.11.0007-2003).

Цель. Инициация активного поиска асимптомного венозного тромбоза путем обязательного ультразвукового исследования бассейна нижней полой вены и правых отделов сердца в послеоперационном периоде до развития венозных тромбозомических осложнений.

Материал и методы. Нами предложен способ поиска асимптомного венозного тромбоза в послеоперационном периоде, приоритетная справка № 2014140349 от 08.10.2014 г. Федерального института промышленной собственности (ФИПС).

Результаты и обсуждение. У пациентов с высоким и средним риском развития венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО) в послеоперационном периоде обязательно выполняется ультразвуковое ангиосканирование бассейна нижней полой вены и правых отделов сердца, включенное как в протоколы ведения пациентов лечебно-профилактического учреждения, так и в информированные согласия на проведение профилактики ВТЭО, и производится до развития клиники венозного тромбоза или тромбоэмболии легочных артерий (ТЭЛА).

В наших стационарах круглосуточного наблюдения хирургического профиля ультразвуковая диагностика асимптомного венозного тромбоза в бассейне нижней полой вены в послеоперационном периоде выполнена 19% пациентам. У 36% обследованных пациентов выявлены асимптомные венозные тромбозы бассейна нижней полой вены на уровне подвздошно-бедренно-подколенного сегментов. При этом у 27% асимптомный тромбоз имел флотирующий характер. Все пациенты с флотирующими тромбозами оперированы в течение суток по жизненным показаниям. Выполнена операция - удаление флотирующей части тромба и лигирование магистральной вены над окклюзивной частью тромба. После операции на второй день пациенты активизировались, компрессионный режим осуществлялся госпитальным трикотажем, разрешалась ходьба до появления дискомфорта в конечности, которая чередовалась с возвышенным положением конечности на шине Белера. У 73% пациентов асимптомный тромбоз имел окклюзивный характер. Пациенты с окклюзивными формами тромбоза велись консервативно: режим активный, ежедневная ходьба, использование госпитального компрессионного трикотажа, низкомолекулярные гепарины в лечебной дозировке.

Выводы. Включение активного поиска асимптомного венозного тромбоза в протокол ведения и в информированное согласие на проведение профилактики ВТЭО позволяет уменьшить число летальных исходов от ТЭЛА, штрафных санкций и судебных исков.

*Гавриленко А.В.,
Вахратьян П.Е., Николаев А.М.*

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ТЭЛА ПРИ ОСТРОМ ФЛЕБОТРОМБОЗЕ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Российский научный центр хирургии
им. акад. Б.В. Петровского,
Первый Московский государственный
медицинский университет
им. И.М. Сеченова,
г. Москва, Российская Федерация*

Актуальность. Тромбоэмболия легочных артерий (ТЭЛА) по праву считается одним из тяжелых и катастрофически протекающих острых сосудистых заболеваний, сопровождающихся

высокой летальностью и большим количеством осложнений. С легочной эмболией неизбежно сталкиваются представители как хирургических, так и терапевтических специальностей, поскольку она может возникнуть в самых различных клинических ситуациях. Правильная профилактика, ранний диагноз и грамотное лечение тромбозов глубоких вен - это эффективное предотвращение легочной эмболии. Несмотря на внедрение эффективных профилактических методов, частота ТЭЛА в течение последних 20 лет остается практически неизменной.

Цель. Оценить эффективность и выбрать тактику лечения пациентов с флотирующим флеботромбозом поверхностных вен.

Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 93 пациентов с острым флотирующим флеботромбозом поверхностных вен в период с 2011 по 2014 годы. По способу лечения пациенты разделены на 2 группы. Хирургическое лечение проведено 53 пациентам (I гр.), консервативное лечение 40 пациентам (II гр.). Возраст пациентов варьировал - $52,1 \pm 3,2$ года. Большинство составляли женщины - 55 (59,1%), мужчин было 38 (40,9%).

Во всех случаях острого флеботромбоза верхушка тромба флотировала, но во II-ой группе флотация не превышала 1-2 см. Средний срок с момента развития флеботромбоза до поступления в стационар составил от нескольких дней до нескольких недель. Все пациенты при поступлении проходили полный комплекс общеклинического обследования, ультразвуковое дуплексное сканирование, при котором оценивалось состояние подкожных, глубоких и перфорантных вен обеих нижних конечностей, определялась протяженность и уровень тромботического процесса. По результатам дуплексного сканирования пациенты обеих групп были распределены на 4 подгруппы: в первую подгруппу вошли пациенты, у которых верхушка тромба определялась дистальнее средней трети бедра, во вторую подгруппу вошли пациенты с тромботическим процессом в верхней трети бедра, в третью подгруппу вошли пациенты, у которых тромботический процесс находился на уровне створок клапана сафено-фemorального соустья, и в четвертую подгруппу вошли пациенты с переходом тромба в общую бедренную вену выше сафено-фemorального соустья.

Результаты и обсуждение. В целях профилактики тромбоэмболических осложнений 25 (47,2%) пациентам 1,2,3 подгруппы I группы выполнялась кроссэктомия и 19 (35,8%) - радикальное лечение в один этап на высоте воспалительного процесса (кроссэктомия и комбинированная флебэктомия). Пациентам 4 подгруппы I группы - 9 (17,0%) выполнялась кроссэктомия с тромбэктомией из общей бедренной вены. Пациентами, которым выполнялось радикальное хирургическое лечение с удалением ствола и притоков на высоте воспалительного процесса, в послеоперационном периоде на 2-3 сутки отмечалось исчезновение признаков воспаления, покраснения и болезненности по ходу вены. Таким образом, после радикального хирургического ле-